



ACCESO ABIERTO

Autoría

Jefferson Vinicius de Souza Almeida^{1*}

ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-2634-0536>

*Correspondiente: jefferson.almeida@cejam.org.br

Institución

¹Centro de Estudos e Pesquisas Dr João Amorim (CEJAM), São Paulo, Brasil.

Cómo citar este artículo • Copyright©

Almeida JVS. Publicar Não é Implementar: Publicar No es Implementar: Reflexiones sobre la Comunicación Científica Interna y la Cultura de Aprendizaje en Organizaciones de Salud. Rev. Tec. Cient. CEJAM. 2026;5:e202650049. DOI: <https://doi.org/10.59229/2764-9806.RTCC.e202650049>.

Editores

Abel Silva de Meneses • Editor Jefe
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1632-2672>

André Ramalho • Editor Científico
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8099-3043>

Sumisión

06-01-2026

Aprobación

15-01-2026

Artículo de Reflexión

Publicar No es Implementar: Reflexiones sobre la Comunicación Científica Interna y la Cultura de Aprendizaje en Organizaciones de Salud

Publicar Não é Implementar: Reflexões sobre Comunicação Científica Interna e Cultura de Aprendizagem em Organizações de Saúde

Publishing Is Not Implementing: Reflections on Internal Scientific Communication and a Culture of Learning in Health Organizations

Resumen

Objetivos: Reflexionar sobre las razones por las que la producción técnico-científica en las organizaciones sanitarias no siempre se traduce en un aprendizaje y un uso consistentes, y proponer directrices para estructurar un ecosistema de comunicación científica interna orientado a la cultura institucional. **Método:** Artículo de reflexión teórico-conceptual, fundamentado en la literatura sobre traducción del conocimiento, difusión de innovaciones, sistemas de salud de aprendizaje y comunicación científica en lenguaje claro. **Resultados:** Se argumenta que “publicar” no equivale a “difundir” ni a “implementar” y que, sin curaduría, traducción y gobernanza, la evidencia tiende a fragmentarse o a convertirse en una “vitrina”. Se propone un modelo pragmático de cuatro pilares: (1) integridad y evidencia; (2) aplicabilidad; (3) lenguaje y formato; (4) gobernanza y métricas, además de estrategias operativas (microcontenidos, recorrido integrado de canales, espacios de intercambio y retroalimentación) e indicadores que prioricen la comprensión y el uso, y no solo el alcance. **Conclusión:** Tratar la comunicación científica interna como una infraestructura de aprendizaje puede reducir la brecha entre conocimiento y práctica, fortalecer la confianza y acelerar ciclos de mejora continua en las rutinas asistenciales y administrativas.

Descriptor: Ciencia de la Implementación; Difusión de la Información; Comunicación en Salud; Resúmenes en Lenguaje Claro; Cultura Organizacional.

Resumo

Objetivo: Refletir sobre as razões pelas quais a produção técnico-científica em organizações de saúde nem sempre se transforma em aprendizagem e uso consistentes, e propor diretrizes para estruturar um ecossistema de comunicação científica interna orientado à cultura institucional. **Método:** Artigo de reflexão teórico-conceitual, fundamentado em literatura sobre *knowledge translation* (Tradução do Conhecimento), difusão de inovações, sistemas de saúde de aprendizagem e comunicação científica em linguagem simples. **Resultados:** Argumenta-se que “publicar” não equivale a “difundir” nem a “implementar” e que, sem curadoria, tradução e governança, a evidência tende a fragmentar-se ou tornar-se “vitrine”. Propõe-se um modelo pragmático em quatro pilares: (1) integridade e evidência; (2) aplicabilidade; (3) linguagem e formato; (4) governança e métricas, além de estratégias operacionais (microconteúdos, jornada integrada de canais, espaços de troca e feedback) e indicadores que privilegiem compreensão e uso, e não apenas alcance. **Conclusão:** Tratar a comunicação científica interna como infraestrutura de aprendizagem pode reduzir o hiato entre conhecimento e prática, fortalecer confiança e acelerar ciclos de melhoria contínua nas rotinas assistenciais e administrativas.

Descritores: Ciência da Implementação; Disseminação de Informação; Comunicação em Saúde; Resumos em Linguagem Simples; Cultura Organizacional.

Abstract

Objective: Reflect on the reasons why technical and scientific output in healthcare organizations does not always translate into consistent learning and use, and propose guidelines for structuring an internal scientific communication ecosystem geared toward institutional culture. **Method:** A theoretical-conceptual reflective paper grounded in the literature on knowledge translation, diffusion of innovations, learning health systems, and plain-language scientific communication. **Results:** It is argued that “publishing” is not equivalent to “disseminating” or “implementing” and that, without curation, translation, and governance, evidence tends to become fragmented or reduced to a “showcase.” A pragmatic four-pillar model is proposed: (1) integrity and evidence; (2) applicability; (3) language and format; (4) governance and metrics, along with operational strategies (micro-content, an integrated channel journey, spaces for exchange and feedback) and indicators that prioritize understanding and use rather than reach alone. **Conclusion:** Treating internal scientific communication as a learning infrastructure can reduce the gap between knowledge and practice, strengthen trust, and accelerate continuous improvement cycles in clinical and administrative routines.

Descriptors: Implementation Science; Information Dissemination; Health Communication; Plain Language Summaries; Organizational Culture.

INTRODUCCIÓN

En las organizaciones de salud, la producción de conocimiento técnico-científico tiende a crecer a medida que se consolidan los programas de investigación aplicada, los eventos, los repositorios internos y las revistas institucionales. Sin embargo, la existencia de productos (artículos, informes, pósteres, resúmenes) no garantiza, por sí sola, que ese conocimiento sea comprendido, difundido y utilizado de manera consistente en el trabajo diario. Esta desconexión entre producir evidencia y transformarla en práctica y aprendizaje es ampliamente reconocida en la literatura sobre *traducción* del conocimiento (KT, por sus siglas en inglés), que describe la implementación del conocimiento como un proceso activo, con etapas, barreras y estrategias específicas, y no como una consecuencia automática de la publicación⁽¹⁾.

En los servicios de salud, la complejidad del sistema, los múltiples equipos, las prioridades concurrentes, la presión asistencial y las rutinas estandarizadas amplifican este desafío. Las revisiones clásicas sobre la difusión y el mantenimiento de las innovaciones en las organizaciones sanitarias muestran que la adopción de cambios depende de factores como el contexto organizativo, el liderazgo, las características de la innovación, las redes sociales, los canales de comunicación y la capacidad de absorción, y no solo de la calidad del conocimiento disponible⁽²⁾.

Desde esta perspectiva, la comunicación interna es una variable estructural: cuando no existe la curaduría y la traducción del conocimiento, la evidencia se fragmenta, permanece restringida a grupos específicos y pierde su poder para orientar decisiones y mejorar procesos.

La brecha entre la evidencia y el uso también se aborda mediante iniciativas de intermediación y *sensemaking* (proceso humano de creación de sentido), que buscan conectar a los productores y usuarios del conocimiento. Los estudios sobre *la intermediación del conocimiento* describen esta función como facilitadora de la traducción, la contextualización y el acercamiento entre la investigación y la toma de decisiones, especialmente en entornos en los que el tiempo, el lenguaje y las prioridades dificultan el uso directo de la literatura científica⁽³⁾.

De manera complementaria, se han propuesto las comunidades de práctica (CoP) como espacios de aprendizaje social e intercambio continuo, capaces de apoyar la tutoría, la difusión y la incorporación de buenas prácticas en el sector de la salud; las revisiones sistemáticas indican que las CoP se utilizan como estrategia para mejorar la absorción del conocimiento y el aprendizaje profesional, aunque su eficacia depende del diseño, los objetivos y el apoyo organizativo⁽⁴⁾.

Este debate converge con el concepto de sistema de salud de aprendizaje (*learning health system*), que hace hincapié en la capacidad institucional de aprender continuamente a partir de datos, evidencias y ciclos de mejora. Según esta lógica, producir conocimiento es necesario, pero insuficiente, ya que es preciso estructurar mecanismos que hagan que la evidencia sea accesible y aplicable, reduciendo el tiempo entre el descubrimiento, la comunicación y la aplicación. Una agenda científica para los sistemas de salud que aprenden destaca precisamente la importancia de la infraestructura sociotécnica y organizativa para sostener los ciclos de aprendizaje⁽⁵⁾.

Del mismo modo, los documentos de referencia de las Academias Nacionales destacan la mejora continua como componente esencial de un sistema de salud que aprende, reforzando la necesidad de rutinas y capacidades institucionales para transformar la información en acción⁽⁶⁾.

A pesar de ello, muchas organizaciones tratan la comunicación científica interna como un subproducto (o como mera divulgación), y no como la parte importante que transforma la producción intelectual en cultura. En términos prácticos, esta confusión genera dos riesgos: la investigación se convierte en un acervo con escaso uso social interno y la comunicación se convierte en marketing de resultados, sin integridad metodológica y sin utilidad para la rutina.

Este artículo de reflexión parte de la premisa de que publicar no es sinónimo de difundir, y difundir no equivale a transferir conocimiento con efecto. Se defiende que la construcción de una cultura científica institucional requiere un ecosistema de comunicación interna que combine la responsabilidad epistemológica (claridad sobre lo que se sabe y sus límites) con el pragmatismo organizacional (formatos y canales que lleguen a diferentes públicos y den lugar al aprendizaje).

Basándose en la literatura sobre KT y el aprendizaje organizacional en salud, se argumenta que una comunicación científica interna sostenible puede organizarse en cuatro pilares: Integridad y evidencia (qué se ha hecho, cómo se ha hecho y cuáles son las limitaciones), en consonancia con la concepción de la KT como proceso estructurado⁽¹⁾; Aplicabilidad; Lenguaje y formato (traducción en microcontenidos y narrativas claras, respaldadas por redes como las CoP)⁽⁴⁾; y Gobernanza y métricas (funciones, rutinas e indicadores de aprendizaje, y no solo de alcance), compatibles con los determinantes organizacionales de la adopción y el mantenimiento de innovaciones⁽²⁾.

Por lo tanto, el objetivo de esta comunicación es reflexionar sobre las razones por las que la producción técnico-científica en las organizaciones de salud no siempre se traduce en un aprendizaje y un uso consistentes y, al final, proponer un conjunto de directrices prácticas para estructurar este ecosistema, con el fin de transformar la producción científica en aprendizaje institucional, compromiso y mejora continua.

MÉTODO

Diseño y Procedimientos

Se trata de un artículo de reflexión teórico-conceptual, desarrollado a partir de la lectura crítica y la síntesis integradora de la literatura clave sobre KT, difusión de innovaciones, sistemas de salud de aprendizaje (*learning health systems*), ciencia de la implementación y comunicación científica en lenguaje sencillo.

La selección de las fuentes se orientó por su pertinencia al problema discutido -la brecha entre la producción técnico-científica, la difusión y el uso consistente de la evidencia- priorizando modelos, *marcos* y estudios aplicados al contexto organizacional. El análisis consistió en la identificación de conceptos convergentes, tensiones e implicaciones prácticas, culminando en la propuesta de un modelo pragmático de cuatro pilares y estrategias operativas para estructurar un ecosistema de comunicación científica interna alineado con la cultura institucional.

Limitaciones y Alcance de la Reflexión

Este manuscrito es un artículo de reflexión de naturaleza teórico-conceptual, orientado a la problematización y a la propuesta de recomendaciones prácticas para la comunicación científica interna y el aprendizaje organizacional en instituciones de salud. Por lo tanto, no tiene la intención de estimar efectos, probar hipótesis de causalidad, comparar intervenciones o producir inferencias empíricas típicas de diseños experimentales, cuasi experimentales u observacionales.

La construcción argumentativa se basa en la literatura clave y en una síntesis interpretativa de los conceptos y *marcos conceptuales* movilizados a lo largo del texto. Por esta razón, el trabajo está sujeto a un sesgo de selección de referencias y a énfasis interpretativos derivados del enfoque adoptado; en consecuencia, no se configura como una revisión sistemática, no sigue un protocolo formal de búsqueda y elegibilidad y no realiza una evaluación crítica metodológica estandarizada de los estudios incluidos.

Las directrices propuestas deben entenderse como un modelo pragmático para apoyar las decisiones institucionales, con potencial para orientar las rutinas, la gobernanza y el diseño de los canales de comunicación. Sin embargo, su aplicabilidad puede requerir una adaptación al contexto, teniendo en cuenta las diferencias de tamaño organizativo, madurez de la cultura científica, disponibilidad de infraestructura digital e informativa, capacidad de curaduría editorial, así como los acuerdos locales de gobernanza y toma de decisiones.

Las recomendaciones sobre canales y formatos (por ejemplo, televisión institucional, intranet y correo electrónico) dependen de la capacidad operativa y pueden implementarse de forma incremental, con ajustes sucesivos a partir de indicadores de comprensión, uso e incorporación en los procesos asistenciales y administrativos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

¿Por qué “Publicar” No se Convierte en Cultura?

La literatura sobre KT describe que trasladar la evidencia al uso implica etapas y mecanismos (como síntesis, adaptación al contexto, implementación, evaluación y sostenibilidad), y también señala confusiones conceptuales frecuentes cuando las organizaciones tratan la publicación, la difusión y la implementación como si fueran lo mismo^(1,7).

Cuando la institución ve la publicación como el final del ciclo, tiende a invertir menos en lo que viene después -la traducción a públicos diversos, la incorporación en las rutinas y el aprendizaje continuo-, componentes fundamentales para que el conocimiento se convierta en práctica compartida y, por lo tanto, en cultura institucional⁽¹⁾.

Incluso cuando la organización cuenta con políticas, flujos, comités y documentos de gestión del conocimiento, esto no garantiza que dichos dispositivos sean apropiados en el día a día de los equipos. En contextos asistenciales, existe un riesgo recurrente de formalización sin uso: las estructuras existen, pero no se convierten en decisiones, estandarización, aprendizaje y cambio sostenido, especialmente cuando compiten con la presión asistencial, las prioridades concurrentes y la escasa disponibilidad de tiempo. En este escenario, la laguna no es solo la producción de evidencia, sino la traducción operativa: hacer explícito cómo el conocimiento entra en el trabajo real, quién lleva el contenido a las rutinas y qué condiciones permiten su adopción y continuidad^(2,5,9).

Esta desconexión entre lo formal y lo cotidiano concuerda con la literatura sobre la difusión de innovaciones en organizaciones de salud, que señala la influencia de factores como los valores, el clima de innovación, el liderazgo, la preparación del sistema, los flujos de comunicación, la presencia de investigadores locales y la compatibilidad con las rutinas asistenciales⁽²⁾. Así, incluso las evidencias sólidas pueden no percibirse como relevantes si parecen alejadas de la realidad del trabajo, compiten con las prioridades asistenciales o si no existen canales internos que sustenten la comprensión, la alineación y la continuidad⁽²⁾.

Incluso cuando existe un esfuerzo de difusión, el proceso puede fallar por falta de tiempo, baja alineación entre los actores, ausencia de responsabilidad definida y fragilidad de los canales que hacen que la información llegue de manera útil⁽⁸⁾.

Un estudio reciente sobre redes de salud sugiere que la difusión de decisiones y aprendizajes no se produce de forma lineal: se trata de un proceso cíclico, con idas y venidas y retroalimentación, y multinivel, ya que depende de la articulación entre la red, sus representantes y los equipos dentro de cada organización. Por lo tanto, es susceptible de fallos en diferentes etapas y requiere una coordinación activa para que la información llegue de manera consistente a las unidades operativas⁽⁸⁾.

En la literatura aparecen con frecuencia dos estrategias para reducir la brecha entre la producción y el uso del conocimiento. La primera es el *knowledge brokering* (intermediación), en el que individuos o funciones conectan a productores y usuarios, traducen y contextualizan las evidencias y apoyan el intercambio y la construcción de capacidad local, con el respaldo descrito en una revisión sistemática⁽³⁾. La segunda son las comunidades de práctica (CoP), entendidas como espacios de aprendizaje social que favorecen el intercambio continuo, la tutoría y la incorporación de prácticas. Una revisión sistemática describe su uso en el sector de la salud y destaca que sus efectos dependen del diseño y el apoyo organizativo⁽⁴⁾.

Sin estos puentes (papeles) y arenas (rituales), la producción tiende a limitarse a grupos especializados, lo que reduce la apropiación colectiva y debilita la construcción de una cultura científica interna⁽³⁻⁴⁾.

Publicar es necesario, pero no suficiente. La cultura científica institucional se fortalece cuando la organización crea rutinas e infraestructura para aprender continuamente, conectada con la evidencia, la comunicación interna responsable y los ciclos de mejora, lógica alineada con el concepto de *sistema de salud de aprendizaje*^(5,9). Además, la difusión debe tratarse con integridad (evitando la comunicación de escaparaté), con claridad de límites y responsabilidad en la forma de comunicar los resultados a diferentes públicos⁽¹⁰⁾.

Cuadro 1 - Problemas y soluciones en la traducción del conocimiento a la práctica institucional, São Paulo, Brasil, 2025.

Desafío recurrente	Consecuencia típica	Estrategia pragmática de comunicación interna
El contenido científico nace ya en formato de artículo	Baja lectura y baja apropiación	Crear microformatos : “1 minuto”, “1 diapositiva”, “Preguntas frecuentes” y “qué cambia en la práctica”
Lenguaje técnico sin traducción a la rutina	Resistencia / “esto no me sirve”	Campo obligatorio: Aplicabilidad (decisión, proceso, público objetivo y cuándo utilizarlo)
La comunicación se convierte en escaparaté (solo resultados)	Pérdida de confianza	Plantilla con integridad : método en 3 líneas + limitaciones + próximos pasos
Canales desconectados (televisión, correo electrónico, intranet sin integración)	Repetición o lagunas	Recorrido único: avance (TV) → detalle (intranet) → debate (reunión/CoP)
Ausencia de espacios de intercambio o baja participación de las áreas	El conocimiento no se convierte en práctica compartida	Ruedas rápidas mensuales / comunidad de práctica por tema/línea
La evidencia no se conecta con las prioridades institucionales	Percepción de trabajo «extra»	Vínculo explícito con la seguridad, la calidad, los indicadores, el flujo (por qué es importante ahora) [2]
Falta de retorno para quienes producen	Desmotivación y disminución de las presentaciones	Retroalimentación estructurada: “qué se utilizó”, “dónde tuvo impacto”, “cuál es la siguiente pregunta” [5]

Fuente: Elaboración del autor

Cuatro Pilares de la Comunicación Científica Interna

La literatura sobre KT describe que llevar la evidencia al uso es un proceso activo, con etapas, actores y mecanismos distintos, y advierte sobre la confusión recurrente cuando publicar, difundir e implementar se tratan como sinónimos^(1,7).

En las organizaciones de salud, esta distinción es aún más relevante porque la adopción del conocimiento es sensible al contexto, la cultura, las redes y el liderazgo, por lo que incluso los buenos resultados pueden tener poco efecto práctico cuando no se traducen, priorizan e incorporan a las rutinas⁽²⁾.

Además, estudios recientes sobre redes de salud refuerzan que la difusión es a menudo cíclica y multinivel, sujeta a interrupciones en diferentes etapas, lo que requiere coordinación para que las decisiones y el aprendizaje circulen de manera consistente hasta el nivel operativo⁽⁸⁾.

Ante este escenario, se propone un modelo pragmático de comunicación científica interna basado en cuatro pilares (integridad y evidencia, aplicabilidad, lenguaje y formato, y gobernanza y métricas) orientado por los principios de la transferencia del conocimiento, la ciencia de la implementación y el aprendizaje continuo. La idea central es simple: la cultura científica institucional no se sustenta solo en la producción, sino en un ecosistema comunicacional que haga que la evidencia sea comprensible, accionable y rastreable a lo largo del tiempo, en ciclos de mejora. Esta lógica es compatible con la visión *del sistema de salud de aprendizaje*, que enfatiza la infraestructura y las rutinas para aprender continuamente y volver a poner el conocimiento en práctica^(5,9).

El Pilar 1 (integridad y evidencia) parte del principio de que la comunicación científica interna no puede reducirse a la divulgación de resultados: debe preservar el contexto y la fidelidad al método. En públicos diversos, la credibilidad se mantiene cuando se explica de manera objetiva lo que se ha hecho, lo que se ha encontrado y cuáles son los límites, evitando simplificaciones que transformen los matices en certezas y las conclusiones en eslóganes. La literatura sobre materiales de comunicación (como resúmenes para legos e infografías) indica que la difusión tiende a ser más eficaz cuando hay planificación, claridad y adaptación al público, y cuando la producción del material se concibe como parte del propio proyecto, y no como un apéndice al final del proceso⁽¹¹⁾.

Al mismo tiempo, existen advertencias relevantes sobre el riesgo de sesgo (distorsión o maquillaje en la interpretación y presentación de los resultados) en las infografías de las investigaciones, lo que refuerza la necesidad de validación interna y responsabilidad editorial para evitar que el contenido adopte un tono de persuasión institucional en lugar de una comunicación basada en la evidencia⁽¹²⁾.

Además, sin criterios mínimos de curaduría y transparencia, la comunicación interna puede introducir sesgos que afectan la confianza y el uso del conocimiento, como el sesgo de selección (dar prioridad solo a los resultados positivos o los casos exitosos), el sesgo de confirmación (redactar mensajes para reforzar decisiones ya tomadas, reduciendo el espacio para las incertidumbres), la generalización indebida (extrapolar hallazgos locales a toda la institución sin delimitar las condiciones del contexto), el sesgo de autoridad (tomar "se publicó/se presentó" como justificación suficiente sin discutir la aplicabilidad) y el sesgo de canal/métrica (confundir el alcance, las visualizaciones o los clics con la comprensión y la incorporación). Estos sesgos amplifican el riesgo de distorsión y pueden generar ruido, exceso de confianza o escepticismo, reduciendo la probabilidad de un uso coherente del conocimiento en el día a día⁽²⁰⁻²³⁾.

Para mitigar estos riesgos, se recomienda un conjunto reducido de prácticas editoriales y técnicas, como adoptar una lista de verificación obligatoria para cada pieza, instituir una validación técnica rápida por pares internos antes de publicar en canales amplios, explicitar a quién se aplica y cuándo no se aplica, y definir la responsabilidad editorial con un mínimo de trazabilidad de la decisión. Con estos mecanismos, el pilar deja de ser solo un principio y pasa a funcionar como protección institucional contra las distorsiones, preservando la integridad y la utilidad práctica de la comunicación científica interna.

El Pilar 2 (aplicabilidad) responde al principal punto de ruptura entre la investigación y la cultura: la falta de un "¿y qué?" claro para el trabajo real. Incluso cuando los equipos reconocen el valor de las evidencias, su uso se debilita si no hay una conexión explícita con las decisiones, los procesos, las prioridades y las rutinas. En términos prácticos, cada pieza de comunicación interna debe dejar explícito: quién es el público objetivo, qué decisión/proceso puede mejorarse y cuál es la ganancia esperada (calidad, seguridad, eficiencia, estandarización, aprendizaje).

El estudio de Van der Ven (2025)⁽⁸⁾, al mapear la difusión en redes, ejemplifica este punto al mostrar que la circulación del contenido depende de la actuación de los representantes y de la transferencia interna hasta su adopción; sin este puente hacia lo operativo, el conocimiento tiende a quedarse en el nivel de la gobernanza o de los grupos especializados.

El Pilar 3 (lenguaje y formato) parte de una constatación operativa: si el mensaje no es consumible en el tiempo y en el lenguaje cotidiano, no se transforma en aprendizaje colectivo. Las directrices prácticas sobre la comunicación de la investigación en lenguaje sencillo refuerzan que la legibilidad, la organización del texto y la adecuación visual son determinantes para la comprensión y el uso^(11,13).

Y hay evidencia empírica de que los resúmenes en lenguaje sencillo pueden seguir siendo difíciles cuando mantienen jerga y baja legibilidad, lo que sugiere que la sencillez debe verificarse (por ejemplo, mediante instrumentos de legibilidad y pruebas con lectores) y no darse por sentada⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

Por lo tanto, el pilar recomienda una estrategia de microcontenidos multimodales (1 diapositiva, *preguntas frecuentes*, texto breve para televisión/intranet, infografía sencilla), con mensajes clave coherentes y enlaces a materiales completos cuando sea necesario. La función es reducir el costo cognitivo y aumentar la tasa de comprensión sin perder integridad.

El Pilar 4 (gobernanza y métricas) reconoce que la comunicación científica interna no se sustenta por el esfuerzo individual; necesita roles, rutinas e indicadores para no convertirse en algo intermitente. La ciencia de la implementación trata las estrategias como métodos para aumentar la adopción y la sostenibilidad, y el proyecto ERIC (*Expert Recommendations for Implementing Change*) ha organizado un vocabulario con términos y definiciones para las estrategias de implementación, ofreciendo un repertorio estandarizado que facilita la especificación de acciones, la asignación de responsabilidades y la selección de combinaciones adecuadas al contexto⁽¹⁶⁾.

Un riesgo típico es la fragmentación en silos funcionales: la investigación produce, la comunicación difunde, la educación forma, la gestión prioriza y la asistencia ejecuta, pero sin un acuerdo que coordine el ciclo completo del conocimiento, desde la producción hasta la incorporación en las decisiones y rutinas. Cuando esta coordinación transversal no existe (o es difusa), el contenido circula de forma intermitente, pierde contexto al

atravesar áreas y tiende a quedarse en la gobernanza o en grupos especializados, en lugar de llegar al nivel operativo con claridad de aplicabilidad y seguimiento.

En esta línea, la gobernanza mínima incluye: curaduría editorial (agenda, calendario, estandarización), validación técnica (contenido y límites), operación de canales (TV/intranet/boletín) y mecanismos de *retroalimentación* para alimentar ciclos de mejora. En lugar de métricas de vanidad (solo visualizaciones), se sugiere combinar indicadores de alcance con indicadores de comprensión (*preguntas frecuentes* más visitadas; cuestionario breve) y de uso (solicitudes de material; incorporación en reuniones/rutinas), lo que es coherente con la lógica de aprendizaje continuo descrita para *los sistemas de salud de aprendizaje*^(5,9).

En resumen, el modelo propone que la publicación se convierta en cultura cuando la organización invierte en un ecosistema comunicacional que comunica con integridad, conecta la evidencia con las decisiones, se traduce en formatos accesibles y sustenta la práctica con gobernanza y métricas orientadas al aprendizaje y al uso.

CONCLUSIÓN

Este artículo de reflexión ha defendido que publicar no es sinónimo de difundir, y que difundir, por sí solo, tampoco garantiza el uso. La literatura sobre KT ya señala que el traslado del conocimiento a la acción es un proceso con etapas y mecanismos propios, a menudo confundidos con la simple producción o difusión de contenido.

En las organizaciones de salud, esta brecha se intensifica porque la adopción y el mantenimiento dependen del contexto, el liderazgo, las redes y la compatibilidad con las rutinas; así, incluso las evidencias relevantes pueden no transformarse en prácticas compartidas sin las condiciones organizativas que las respalden.

En este sentido, el argumento central fue que la comunicación científica interna debe tratarse como una infraestructura de aprendizaje, alineada con la lógica de *los sistemas de salud de aprendizaje*, en los que el conocimiento, la práctica y la *retroalimentación* se conectan en ciclos continuos de mejora.

El modelo propuesto, integridad y evidencia; aplicabilidad; lenguaje y formato; gobernanza y métricas, no pretende ser una receta universal, sino un marco pragmático para reducir dos desviaciones comunes: la investigación como acervo (existe, pero circula poco) y la comunicación como escaparate (circula, pero pierde rigor y confianza). La contribución de esta reflexión radica en desplazar la pregunta institucional de "¿cómo divulgar más?" a "¿cómo garantizar la comprensión, el uso y el mantenimiento de lo que se produce?".

Como implicación práctica, se sugiere que el éxito de este ecosistema se evalúe con métricas coherentes con el cambio organizacional, distinguiendo los resultados de la implementación (aceptabilidad, adopción, adecuación, fidelidad, sostenibilidad) de los simples indicadores de alcance.

La adopción de estructuras reconocidas puede ayudar a equilibrar el alcance y el mantenimiento, evitando que se confunda la "visibilidad" con el efecto.

Al tratarse de un artículo de reflexión, este texto no pretende ser una generalización empírica. Su valor reside en proponer un marco interpretativo y un conjunto de pistas operativas para las instituciones que desean transformar la producción científica en cultura institucional.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Transparencia en la contribución de los autores según la taxonomía [CRediT](#).

Conceptualización	Jefferson Vinicius de Souza Almeida
Curación de datos	Jefferson Vinicius de Souza Almeida
Análisis formal	Jefferson Vinicius de Souza Almeida
Captación de fondos	No Aplicable
Investigación	Jefferson Vinicius de Souza Almeida
Metodología	Jefferson Vinicius de Souza Almeida
Administración del proyecto	No Aplicable
Recursos	No Aplicable
Software	No Aplicable
Supervisión	No Aplicable
Validación	Jefferson Vinicius de Souza Almeida
Visualización	Jefferson Vinicius de Souza Almeida
Redacción - borrador original	Jefferson Vinicius de Souza Almeida
Redacción - revisión y edición	Jefferson Vinicius de Souza Almeida

DECLARACIONES

Conflictos de intereses	No Aplicable
Financiamiento	No Aplicable
Aprobación ética	No Aplicable
Agradecimientos	No Aplicable
Preprint	No Aplicable
Inteligencia Artificial	No Aplicable

TRADUCCIÓN

La traducción de este artículo ha sido realizada con la ayuda de la inteligencia artificial [DeepL Translator](#) a partir de la versión original escrita en portugués (Brasil). La versión traducida fue sometida a la supervisión del equipo editorial, que consistió en una revisión editorial de alcance limitado. Las traducciones asistidas por inteligencia artificial pueden presentar variaciones en el idioma nativo.

REFERENCIAS

- Graham ID, Logan J, Harrison MB, Straus SE, Tetroe J, Caswell W, et al. Lost in knowledge translation: time for a map? J Contin Educ Health Prof. 2006;26(1):13-24. doi:10.1002/chp.47.
- Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. Milbank Q. 2004;82(4):581-629. doi:10.1111/j.0887-378X.2004.00325.x.
- Bornbaum CC, Kornas K, Peirson L, Rosella LC. Exploring the function and effectiveness of knowledge brokers as facilitators of knowledge translation in health-related settings: a systematic review and thematic analysis. Implement Sci. 2015;10:162. doi:10.1186/s13012-015-0351-9.
- Li LC, Grimshaw JM, Nielsen C, Judd M, Coyte PC, Graham ID. Use of communities of practice in business and health care sectors: a systematic review. Implement Sci. 2009;4:27. doi:10.1186/1748-5908-4-27.
- Friedman CP, Rubin JC, Brown JS, Buntin MB, Corn M. Toward a science of learning systems: a research agenda for the high-functioning Learning Health System. J Am Med Inform Assoc. 2015;22(1):43-50. doi:10.1136/amiajnl-2014-002977.
- Olsen LA, Aisner D, McGinnis JM, editors. Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice. Washington (DC): National Academies Press (US); 2007. doi:10.17226/11903.

7. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implement Sci.* 2015;10:53. doi:10.1186/s13012-015-0242-0.
8. van der Ven RGFM, Westra D, van Erning FN, de Hingh IH, Paulus A; OncoZON consortium. Going in circles? Identifying the dissemination process of healthcare networks within their member organizations. *Soc Sci Med.* 2025;381:118311. doi:10.1016/j.socscimed.2025.118311.
9. Smith M, Saunders R, Stuckhardt L, McGinnis JM, editors. *Best care at lower cost: the path to continuously learning health care in America.* Washington (DC): National Academies Press (US); 2013. doi:10.17226/13444.
10. Ravinetto R, Singh JA. Responsible dissemination of health and medical research: some guidance points. *BMJ Evid Based Med.* 2023;28(3):144-147. doi:10.1136/bmjebm-2022-111967.
11. Randell RL, Wilson HP, Ragavan MI, Collins AB, Vail J, Ramirez S, et al. Communicating health research with plain language. *Inquiry.* 2025;62:469580251357755. doi:10.1177/00469580251357755.
12. Muller R, Ferreira G, Bejarano G, Gamble AR, Kirk J, Sindone J, et al. Do infographics 'spin' the findings of health and medical research? *BMJ Evid Based Med.* 2025;30(2):84-90. doi:10.1136/bmjebm-2024-113033.
13. National Institute for Health and Care Research (NIHR). Plain English summaries [Internet]. 2021 [cited 2026 Jan 5]. Available from: NIHR website.
14. Lang IA, King A, Boddy K, Stein K, Asare L, Day J, Liabo K. Jargon and readability in plain language summaries of health research: cross-sectional observational study. *J Med Internet Res.* 2025;27:e50862. doi:10.2196/50862.
15. Bralić N, Tkalčić M, Malički M, Marušić A. Conclusiveness and readability in plain language summaries: a randomized controlled trial. *Sci Rep.* 2024;14(1):6016. doi:10.1038/s41598-024-56727-6.
16. Powell BJ, Waltz TJ, Chinman MJ, Damschroder LJ, Smith JL, Matthieu MM, et al. A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implement Sci.* 2015;10:21. doi:10.1186/s13012-015-0209-1.
17. Proctor EK, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A, Griffey R, Hensley M. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health.* 2011;38(2):65-76. doi:10.1007/s10488-010-0319-7.
18. Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *Am J Public Health.* 1999;89(9):1322-1327. doi:10.2105/AJPH.89.9.1322.
19. Glasgow RE, Harden SM, Gaglio B, Rabin B, Smith ML, Porter GC, Ory MG, Estabrooks PA. RE-AIM planning and evaluation framework: adapting to new science and practice with a 20-year review. *Front Public Health.* 2019;7:64. doi:10.3389/fpubh.2019.00064.
20. Boutron I, Dutton S, Ravaud P, Altman DG. Reporting and interpretation of randomized controlled trials with statistically nonsignificant results for primary outcomes. *JAMA.* 2010;303(20):2058-2064. doi:10.1001/jama.2010.651.
21. Yavchitz A, Ravaud P, Altman DG, Moher D, Hrobjartsson A, Lasserson T, et al. A new classification of spin in systematic reviews and meta-analyses was developed and ranked according to severity. *J Clin Epidemiol.* 2016;75:56-65.
22. Dwan K, Gamble C, Williamson PR, Kirkham JJ; Reporting Bias Group. Systematic review of the empirical evidence of study publication bias and outcome reporting bias. *PLoS One.* 2013;8(7):e66844. doi:10.1371/journal.pone.0066844.
23. Strathern M. Improving ratings: audit in the British University system. *Eur Rev.* 1997;5(3):305-321.